



Notificación de intención de apelación de una determinación adversa de Administración de Utilización (UM) – Etapa 1

Nombre del proveedor de atención médica

Fecha

Nombre del paciente

Domicilio

Domicilio

Domicilio

Empresa aseguradora:		
ID de la aseguradora:	Número de reclamo:	Historia clínica:
FECHA DE:		
Servicio/Admisión:	Alta médica:	
Consentimiento y autorización:	Decisión de UM:	

Estimado :

Su empresa aseguradora ha determinado que los servicios de atención médica que usted ha recibido no son médicamente necesarios. No estamos de acuerdo con la determinación de dicha empresa. Cuando usted recibió nuestros servicios de atención médica, nos entregó un *consentimiento firmado para representarlo en apelaciones de determinaciones de administración de utilización y una autorización para divulgar su historia clínica en dichas apelaciones y en el arbitraje de demandas (consentimiento y autorización)*. Este *consentimiento y autorización* nos permite interponer un recurso de apelación en su nombre contra la determinación de Administración de Utilización (UM) de la empresa aseguradora. No obstante, debemos intentar notificarlo antes de interponer un recurso de apelación en cualquier etapa del proceso de apelación. **ÉSTA ES UNA NOTIFICACIÓN DE INTENCIÓN DE INTERPONER UN RECURSO DE APELACIÓN EN ETAPA 1.**

Existen 3 etapas en el proceso de apelación. En la etapa 1, el proveedor de atención médica revisará nuevamente su caso. El proveedor de atención médica no es el mismo que en un principio se negó a prestarle sus servicios. Si después de finalizada la etapa 1 aún creemos que la determinación tomada por la empresa aseguradora es incorrecta, podremos interponer un recurso de apelación en etapa 2. En la etapa 2, un grupo de expertos de la empresa aseguradora revisará su caso, donde participará al menos un proveedor de atención médica que presta servicios para su condición.

Si aún no estamos de acuerdo con la determinación tomada por la empresa aseguradora después de finalizada la etapa 2 del proceso de apelación, podemos interponer un recurso de apelación ante el Programa Independiente de Apelaciones de Atención Médica (IHCAP) del Departamento de Banca y Seguros de New Jersey. El IHCAP ha celebrado un contrato con Organizaciones Independientes de Revisión de Utilización (IURO). Su *consentimiento y autorización* nos permite solicitar la revisión de una IURO y compartir su información médica personal con los empleados del Departamento de Banca y Seguros de New Jersey, la IURO y los proveedores de atención médica de la IURO según sea necesario para que su apelación sea procesada y revisada. No obstante, su información se tratará en forma confidencial en todos los casos.

Usted puede revocar o cancelar su *consentimiento y autorización* en cualquier momento, completando el reverso de la copia del *consentimiento y autorización* que le entregamos para sus registros. O bien, puede escribir su propia nota exponiendo simplemente que revoca su *consentimiento y autorización* (incluya la fecha en que firmó el *consentimiento y autorización*). En ambos casos, envíe toda notificación de revocación a la empresa aseguradora citada anteriormente. Asimismo, agradeceremos recibir una copia de la revocación. Aunque usted no revoque su *consentimiento y autorización*, éste vencerá dos años después de la fecha de firma.

Si tiene dudas con respecto a este asunto, puede comunicarse con nosotros al:

[Standard sign-off language]